

診 断 書

氏 名		性別 男 女
生 年 月 日	年 月 日	年齢 才
上記のものについて、下記のとおり診断します。 1 視覚機能に障害が（ 認められる ・ 認められない ） （ ） 2 聴覚機能に障害が（ 認められる ・ 認められない ） （ ） 3 音声・言語機能に障害が（ 認められる ・ 認められない ） （ ） 4 精神機能に障害が （ 認められる ・ 認められない ） （ ） 5 上肢の機能に障害が（ 認められる ・ 認められない ） （ ） 6 大麻、麻薬の中毒 大麻、麻薬の中毒ではない。		
診 断 年 月 日	年 月 日	
病院等の名称		
所 在 地		
T E L		
医 師 名	印	